

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 121

ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX ET SYPHILIS

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Juillet 1921

PAR

Charles-Elie-Émile-Georges MAZEL

Né à Nîmes (Gard), le 22 mai 1893

INTERNE DES HOPITAUX DE NÎMES

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	VIRES, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		VEDEL, professeur.		
		LEENHARDT, agrégé.		
		RIMBAUD, agrégé.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921

ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

ET SYPHILIS

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 121

ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

ET SYPHILIS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Juillet 1921

PAR

Charles-Élie-Émile-Georges MAZEL

Né à Nîmes (Gard), le 22 mai 1893

INTERNE DES HOPITAUX DE NÎMES

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

VIRES, professeur, <i>Président.</i>	} <i>Assesseurs.</i>
VEDEL, professeur.	
LEENHARDT, agrégé.	
RIMBAUD, agrégé.	

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre, et Quai du Verdanson

1921



PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	GRYNFELTT.
Physique médicale	HEDON.
Chimie biologique et médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique	GRANEL.
Microbiologie	MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales	LISBONNE.
Pathologie interne	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale	N...
Hygiène	VIRES.
Médecine légale et toxicologie	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	N...
Clinique chirurgicale	DUCAMP.
Clinique obstétricale	VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique	FORGUE, <i>assesseur</i> .
Clinique des maladies des enfants	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MAIRET.
Clinique gynécologique	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	BAUMEL.
Clinique des maladies des voies urinaires	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.
	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS et RODET

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT. GAUSSEL. EUZIERE. RIMBAUD.	Chirurgie	MM. RICHE. ETIENNE. LAPEYRE.
		Accouchements	
Anatomie	MARGAROT.	Histoire natur.	DELMAS (P.).
Chimie	DELMAS (J.)	Physique	CABANNES.
	MESTREZAT		PECH.

Examinateurs de la thèse:

MM. VIRES, professeur, <i>Président</i> .	MM. LEENHARDT, agrégé.
VEDEL, professeur.	RIMBAUD, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA FEMME

A MA FILLE

A MON PÈRE LE DOCTEUR MAZEL

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-FRÈRE

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

G. MAZEL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VEDEL

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ RIMBAUD

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ LEENHARDT

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MESSIEURS LES MÉDECINS
DES HOPITAUX DE NIMES

G. MAZEL.

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études, nous voulons exprimer à notre père bien-aimé notre reconnaissance infinie. C'est lui qui fut, dès nos jeunes années, notre premier maître et qui sut par son exemple de tous les jours et nos longues causeries nous faire comprendre quelle vie d'abnégation et de dévouement est celle du médecin praticien, conscient de ses devoirs et quel dédommagement à ses peines il éprouve lorsque la victoire vient couronner ses efforts constants dans la lutte contre la maladie. En un mot c'est lui qui sut élever notre esprit vers un idéal, noble entre tous, l'Art Médical.

Innombrables sont les titres qu'il s'est acquis à notre reconnaissance et, dans notre impuissance à nous acquitter envers lui, qu'il veuille bien du moins trouver ici l'expression de notre gratitude sans bornes, de notre profond amour filial et l'assurance que son fils s'efforcera toujours de se montrer digne de lui.

C'est à lui que nous sommes redevable des observations inédites que nous publions et nous lui devons de reconnaître qu'il fut un des premiers à bien saisir et à admettre la fréquence du rapport des ulcères gastro-duodénaux et de la syphilis.

Nous adressons toute l'expression de notre gratitude aux Maîtres dont nous avons reçu les enseignements dans

cette Faculté. Nous remercions, tout particulièrement, M. le professeur Vires qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse.

Aux médecins et chirurgiens des hôpitaux de Nîmes, qui pendant notre internat nous ont aidé à nous perfectionner, nous adressons tous nos remerciements.

ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

ET SYPHILIS

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIERE

R..., 53 ans, mécanicien. En juillet 1919, présente un syndrome pylorique très net. Le diagnostic d'ulcère du pylore est posé.

Ce malade est un ancien syphilitique. Sous l'influence d'un traitement au cyanure d'Hg, d'un régime alimentaire léger et d'un repos relatif, les phénomènes digestifs ont rapidement disparu et à l'heure actuelle, le sujet fait son service sans avoir présenté depuis aucune crise douloureuse gastrique.

OBSERVATION II

G..., 46 ans, mécanicien, polyéthéisme infantile. Se plaint, depuis longtemps, de douleurs abdominales empêchant tout travail. Amaigrissement, préoccupation exagérée de son état.

Le type des douleurs varie beaucoup. Cependant, elles apparaissent, en général, plusieurs heures après les repas, avec régurgitations acides et donnent l'impression d'un syndrome pylorique assez net. Un médecin consultant voit ce malade en mai 1919 et diagnostique une dyspepsie douloureuse sans lésions appréciables et aucun signe de tabes. Un autre médecin consultant, en juin 1919, attribue l'état à une dyspepsie hypersthénique. En août, la douleur irradie vers le testicule gauche et fait penser un moment à une lithiase rénale. Aucun signe de lésion du système nerveux. En dépit des traitements, régime alimentaire, alcalins, sous-nitrate de bismuth, repos et des pronostics favorables, le sujet continue à se plaindre de ses digestions et voit son état empirer. En septembre 1919, la liqueur de Donovan (LX gouttes pro die), est ajoutée au traitement. Les crises gastriques s'amendent rapidement et l'état général s'améliore en même temps. Depuis cette époque, le sujet a pu reprendre son service sans interruption ; il ne souffre plus, a beaucoup engraisé et n'est plus obsédé par son état.

OBSERVATION III

B..., 46 ans, ouvrier. Depuis 1915, souffre de digestions pénibles. En janvier 1919, douleurs en broche au creux épigastrique, vomissements bilieux, amaigrissement de vingt kilogrammes. Ni hématurie, ni méléna.

Chimisme gastrique pratiqué après repas d'Ewald, acidité totale en H.Cl. = 1 gr. 46.

H. Cl. libre = 1 gr. 16.

Acides organiques = 0 gr. 30. (7 mars 1919)

La radioscopie après repas bismuthé, montre un esto-

mac à trois travers de doigts au-dessous de l'ombilic. Rien d'anormal dans la forme, l'aspect et le passage de la bouillie bismuthée au niveau du pylore. Régime, alcalins et repos ne donnent pas de soulagement.

Dans l'idée qu'il existe un ulcère spécifique non décelé par la radioscopie, la liqueur de Donovan, à la dose quotidienne de LX gouttes, est ajoutée au traitement, en avril 1919. Dès la fin juin 1919, le malade est en excellent état général, ne souffrant plus de troubles digestifs et ayant repris son travail.

La guérison se maintient sans aucun traitement. Toutefois, à deux reprises, il y eut un retour offensif du mal, jugulé en peu de jours par la liqueur de Donovan seule.

OBSERVATION IV

D... 50 ans, mécanicien, pas d'enfants. Se plaint depuis longtemps de troubles digestifs mis sur le compte d'une entéro-colite muco-membraneuse remontant à 1912 et pour laquelle il a été fait plusieurs cures à Châtel-Guyon. En juillet 1918 le diagnostic de « dyspepsie gastro-intestinale hypersthénique avec retentissement sur l'état général » a été posé. Sujet amaigri, pâle, physiquement et moralement déprimé, service defectueux, fréquemment interrompu. Les cures de Châtel-Guyon de 1918 et 1919 jointes à un régime sévère, et des modifications favorables dans ses occupations professionnelles améliorent la maladie. En 1920, le type des douleurs, qui n'ont jamais complètement disparu, change totalement et prend le caractère d'un syndrome pylorique. D'abord amélioré par les alcalins, le malade arrive à en faire un usage si fréquent sans résultat qu'il s'en alarme et s'in-

quiète. Il est alors soumis au traitement par la liqueur de Donovan et en quelques mois le sujet reprend bonne mine, récupère son poids, voit ses douleurs s'atténuer et disparaître progressivement, si bien qu'il reprend de lui-même le service pénible qu'il avait été obligé d'abandonner. Ayant cessé tout traitement, il eut, quatre mois après, au début de 1921, quelques nouvelles douleurs pyloriques. Sédation absolue de ces douleurs en quelques jours par la liqueur de Donovan seule, c'est-à-dire sans régime, sans alcalins, sans repos. Depuis six mois cet homme effectuant un travail pénible et ayant cessé tout traitement, présente un état général très bon et n'a plus eu aucune douleur.

OBSERVATION V.

V..., employé des P. T. T. 45 ans, deux fois marié, sans enfants. Bonne apparence de santé. Envoyé de Paris dans le Midi à cause de phénomènes gastralgiques, soignés longtemps sans amélioration pour dyspepsie, gastralgie, entérocolite neuro-arthritique.

- D'octobre 1913 à mars 1914, crises gastralgiques fréquentes mais supportables avec un traitement sévère.

En août 1914, à la suite d'une reprise de service de nuit, éclate une série de crises très violentes à syndrome pylorique net avec dilatation d'estomac. Le malade fait un spasme du pylore incoercible tel que, tous les deux ou trois jours, il vomit environ un seau de toilette de toutes les boissons alimentaires ingurgitées pendant ce laps de temps. La crise dure une douzaine de jours. Elle se reproduit en octobre et dure environ un mois. Le sujet est dans un tel état de marasme, qu'en consultation,

l'opportunité d'une intervention chirurgicale est envisagée, mais la crise cède heureusement, spontanément. Les douleurs, malgré un traitement continu, apparaissent de temps en temps. En novembre 1916, de nouvelles crises violentes surviennent. Une radiographie ne montre aucune encoche néoplasique. Péristaltisme exagéré, évacuation très rapide et quasi spasmodique de l'estomac. Les crises s'atténuent sans disparaître complètement à la suite de la suppression de tout service de nuit, un repos relatif, un régime sévère et le traitement par les alcalins.

Au début 1919 nouvelle recrudescence. Un médecin consultant confirme le diagnostic d'ulcus duodéno-pylorique et estime que l'amélioration du sujet en 1917 et 1918 est due au poudrage intensif de l'ulcère par le bismuth ingéré pour la radioscopie. Il ordonne le repos, un régime sévère, un traitement alcalin bismuthé. Malgré ce, les crises se renouvellent avec de plus en plus de violence et de fréquence. Le malade est alors soumis au traitement par la liqueur de Donovan. L'amélioration fut rapide. Les crises douloureuses s'espaçèrent pour disparaître complètement, et le malade qui avait cessé tout traitement et repris ses occupations normales quittait Nîmes 18 mois plus tard sans avoir jamais plus souffert de ses crises pyloriques.

OBSERVATION VI

R... 55 ans, ébéniste, Maigre et délicat. Troubles digestifs en avril 1918. Le malade est traité par des prises alcalines et des injections de cacodylate de soude. Le sujet amélioré cesse son traitement malgré quelques crises espacées.

Aggravation dans son état, syndrome pylorique net et quelques selles sanglantes en août 1918. Diagnostic d'ulcère. Traitement spécifique: 2 séries de cacodylate d'Hg. Amélioration.

Au début d'octobre 1918 syndrome de Reichmann et dans la deuxième quinzaine, hématémèses abondantes. Traitement du symptôme et reprise du traitement spécifique. Arrêt rapide des hémorragies et rétablissement déjà avancé le 11 novembre 1918. Le malade cesse tout traitement dès son rétablissement complet qui se maintient sans aucune douleur. Toutefois préventivement 2 séries, de 2 mois chacune, de liqueur de Donovan sont administrées en 1919.

En février 1921, le malade qui depuis juillet 1919 n'avait plus rien éprouvé et avait cessé tout traitement est repris de quelques légères douleurs pyloriques rapidement enrayées par la liqueur de Donovan, en quelques jours. Actuellement cet homme qui ne se traite plus depuis cette époque va très bien.

HISTORIQUE

Isolé en 1830 par Cruveilhier, l'ulcère simple de l'estomac était définitivement séparé du cancer de l'estomac avec lequel il avait été confondu jusqu'alors.

D'autre part, l'ulcère du duodenum signalé par Girard en 1804 a été étudié d'une façon plus complète par Klinger de Wurtzbourg en 1861, puis par Trier, Krauss, et Chvostek. Bucquoy en 1887 publia un remarquable mémoire à ce sujet. Depuis cette époque, deux tendances se sont dessinées. D'une part, Soupault et Hartmann niant toute individualité à l'ulcus du duodenum, déclaraient que sa séméiologie se confondait avec celle de l'ulcus gastrique et surtout de l'ulcus pylorique ou juxta-pylorique. De l'autre, au contraire, les Anglo-américains, les frères Mayo de Rochester, puis Mayo Robson de Londres, et Moynihan de Leds se basant sur de très nombreuses laparotomies affirment que l'ulcère duodenal était d'une fréquence beaucoup plus grande que l'ulcère gastrique.

La confusion vient de ce que les chirurgiens anglo-américains font commencer le duodenum immédiatement à droite de la veine pylorique et que par suite de cette délimitation arbitraire ils attribuent à l'ulcère duodenal un grand nombre d'ulcères pyloriques. Ce point n'a d'ailleurs qu'une importance relative, sa valeur comme

point de repère étant beaucoup plus anatomique que clinique. De plus, Hayem, Soupault et Hartmann ont démontré que sous le nom d'ulcère duodenal, ces chirurgiens ont souvent décrit une lésion qui n'est autre qu'un ulcère pylorique ou juxta-pylorique se produisant en clinique par le syndrome de Reichmann.

CONSIDÉRATIONS ÉTIOLOGIQUES. ET PATHOGÉNIQUES

L'accord est loin d'être fait sur la valeur des causes de l'ulcus de l'estomac et du duodenum, et sa genèse malgré les nombreuses recherches cliniques, anatomo-pathologiques et expérimentales qu'elle a provoquées, est encore très obscure.

Des facteurs très divers ont été invoqués.

L'âge ; la manifestation de l'ulcère gastro-duodénal surviendrait entre 25 et 50 ans. Mais, il existe dans la littérature médicale de très nombreuses observations d'enfants et de vieillards atteints d'ulcus. Nous avons relevé plusieurs fois des cas de nouveau-né atteints de sténose pylorique consécutive à une affection intra-utérine. La syphilis ne serait-elle pas souvent en cause dans ces cas-là ?

Le sexe ; les hommes seraient atteints trois fois plus souvent que les femmes.

La profession ; mais on trouve des ulcéreux dans toutes les professions. Toutefois dans les observations que nous rapportons, les malades avaient le plus souvent un métier qui les obligeait à de grandes irrégularités dans les heures de repas et à l'ingestion d'aliments dont le choix laissait forcément le plus souvent à désirer. N'y aurait-il pas lieu de voir là une manifestation de la syphilis sur l'organe surmené d'un syphilitique ?

Les traumatismes atteignant directement ou indirectement la muqueuse de l'estomac ou du duodenum, soit les chocs et contusions de la paroi thoraco-abdominale, soit l'ingestion d'aliments grossiers ou d'aliments insuffisamment mastiqués par carence des grosses molaires (dyspepsie dentaire) ont paru jouer un rôle évident, mais le plus souvent la plaie se cicatrise rapidement et l'on n'est pas en présence d'un ulcère vrai. Cependant, si l'individu était syphilitique, ne rentrerait-on pas dans la catégorie précédente ?

Les boissons toniques, les excès de table et surtout l'alcool, sont des causes ordinairement incriminées. Letulle fait remarquer que les malades ne sont pas tous alcooliques. D'autre part, tous les alcooliques ne sont pas atteints d'ulcères. Tout au plus, nous semble-t-il qu'on ne doive voir là qu'une cause adjuvante.

La chlorose, syndrome d'hérédo-infection bacillaire ou syphilitique, a été aussi invoquée, mais « elle doit s'effacer devant la bacillémie, dont elle n'est qu'une manifestation hématique et cardio-vasculaire d'ordre héréditaire ». (Prof. Vires.)

Le facteur pathogénique le plus fréquemment invoqué, est le facteur d'auto-digestion. Il fallait un processus ulcératif préexistant ; on a cherché la cause de l'ulcération, dans le trouble de la circulation. Les expériences ont démontré que l'embolie provoquée produisait des ulcérations chroniques identiques par leur aspect et leur évolution à l'ulcus de l'estomac humain.

Pour ce qui est de la thrombose artérielle, il a paru que l'artérite localisée au voisinage de la lésion était l'effet et non la cause de l'ulcération.

La stase veineuse et la thrombose veineuse expérimentales n'ont pas donné de résultats concluants.

Les troubles neuro-trophiques ont été invoqués comme cause de l'ulcération. Les lésions du cerveau, des corps opto-striés, de la moelle, ont donné naissance à des hémorragies interstitielles ; mais peuvent-elles devenir le point de départ de véritables ulcus ? La section et l'excitation électrique du vague au-dessus du diaphragme ont produit des ulcérations qui parfois ont pris l'aspect de vrais ulcères. En auraient-ils eu l'évolution ?

La gastrite antérieure, l'hyperchlorhydrie et le syndrome de Reichmann en particulier, ont été le plus souvent incriminés comme cause de l'ulcération et cela avec d'autant plus de vraisemblance, que les malades atteints d'ulcères simples de l'estomac ou du duodénum sont en général atteints également d'hyperchlorhydrie et d'hyper-sécrétion. La théorie de l'auto-digestion semblait triompher. Malheureusement, rien ne prouve que la gastrite observée soit antérieure à l'ulcère. D'autre part, il semble bien démontré aujourd'hui que l'hyperchlorhydrie n'est qu'un symptôme de l'ulcère, ne précédant pas la lésion organique. Enfin, pour ce qui est de la maladie de Reichmann, Hayem et Soupault ne l'admettent pas comme entité morbide. L'hyper-sécrétion ne serait qu'un symptôme fonctionnel secondaire. Pour Hayem et Menier, le syndrome de Reichmann serait toujours lié à une sténose pylorique ou sous-pylorique, et celle-ci résulte le plus souvent d'un ulcère duodeno-pylorique.

Dans l'urémie et même dans les intoxications hétéro-gènes, on a pu constater parfois un processus de nécrose localisée à certains points des tuniques de l'estomac. Cette nécrose aboutirait à l'ulcère, dans la théorie de l'ulcération par nécrose toxémique ou toxi-infection. Gandy fait jouer un rôle important aux altérations hépatorénales dans la pathogénie de l'ulcus gastrique.

Le processus d'auto-digestion, qu'il soit primitif ou secondaire à une ulcération, qu'il soit dû à l'augmentation du pouvoir digestif et à l'hypersecrétion ou à la diminution de la résistance des tuniques de l'estomac, n'explique pas pourquoi l'ulcère simple peut exister à l'œsophage dans une région à l'abri du suc gastrique et pourquoi dans un même estomac, deux ulcères peuvent évoluer en même temps, l'un se creusant sous l'influence du suc gastrique et l'autre se cicatrisant, malgré la présence de ce même suc gastrique.

Les infections microbiennes ont enfin été appelées à jouer leur rôle dans l'étiologie de l'ulcus. Et parmi elles, en particulier, la tuberculose et la syphilis.

La syphilis du duodenum et surtout la syphilis de l'estomac sont à l'heure actuelle une question connue.

Les observations d'Andral éparses dans la littérature médicale, les travaux d'ensemble de Gaillard, Dieulafoy, Fournier, Hayem, Lion, J.-Ch. Roux, Bensaude et Rivet ont montré comment des gastropathies graves ont pu guérir d'une manière surprenante sous l'influence du traitement spécifique.

Pour Mariano R. Castex de Buenos-Ayres, tous les ulcus gastriques ou duodenaux sont d'origine syphilitique. Avant 30 ans, 90 0/0 des cas seraient imputables à la syphilis héréditaire et 10 0/0 à la syphilis acquise. Passé 30 ans, la proportion serait renversée; 90 0/0 relèveraient de l'infection acquise et 10 0/0 de l'hérédité. Janselme considère également que la majorité des ulcères gastriques sont syphilitiques.

Les gastropathies spécifiques sont trop souvent méconnues et Hayem estime que les cas de syphilis gastrique confondus avec des ulcères simples, des syndromes de Reichmann et des cancers ne sont pas rares.

Et cette erreur est d'autant plus fréquente que l'ulcère syphilitique n'offre pas, le plus souvent, de caractères particuliers et que sa symptomatologie est la même que celle de l'ulcère rond de Cruveilhier.

Comment agit la syphilis ? La pathogénie n'est pas élucidée. Le tréponème a-t-il une action directe sur la muqueuse par embolie ? Est-ce une gomme ulcérée ? Agit-il à distance par l'intermédiaire des centres nerveux de la moelle, du sympathique qu'il aurait primitivement frappé ?

Il est certain qu'on ne peut attribuer à un seul élément pathogénique la cause absolue de l'ulcère, mais il semble que l'on tende de plus en plus à admettre une infection et la syphilis, en particulier, doit être mise au rang de facteur prépondérant.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

La douleur, le vomissement, l'hémorragie telle est la triade symptomatique qui est à la base de la symptomatologie des ulcères gastro-duodénaux. Cela veut-il dire que ces trois symptômes se retrouveront au complet et identiques chez tous les ulcéreux ? Non, évidemment. Il est bien certain, d'abord, que la douleur, signe le plus constant varié selon le siège de l'ulcère. Suivant les malades, elle sera comparée à une « torsion », un « fer rouge », des « morsures », des « piqûres », un écrasement du thorax à la base. D'autres malades ont la douleur en broche dorso-épigastrique qui est un bon signe mais trop souvent absent. Les uns souffrent loin des repas, les autres dès la fin, d'autres dès le début, certains constamment, certains par intermittence. Les vomissements pourront manquer ainsi que les hémorragies, et de plus ces dernières, souvent occultes, échapperont au clinicien s'il ne peut recourir au laboratoire.

Examinons comment se présenteront à nous les ulcères suivant leur siège.

La dysphagie avec une douleur vive, soit une crampe rétro-sternale, soit une douleur interscapulaire apparaissant dès le début du repas, caractérise l'ulcus du cardia. Après le repas on pourra observer des vomissements alimentaires ou seulement des régurgitations.

Les douleurs exagérées dans le décubitus dorsal ou même révélées dans cette position seraient pathognomiques de l'ulcère de la face postérieure de l'estomac.

Lorsque la douleur a pour centre l'ombilic, les malades seraient atteints d'un ulcère siégeant à la partie inférieure de la grande courbure.

La lésion de la petite courbure serait caractérisée par des douleurs violentes, plus tardives que les douleurs de l'ulcère du cardia mais plus précoces que celles de l'ulcère pylorique, bien localisées au creux épigastrique avec irradiations thoraciques ascendantes. sensation de compression dans un étau, sialorrhée et vomissements précoces.

Pour Loeper, la caractéristique de cet ulcère serait le fait que le bismuth n'apporte un soulagement à la douleur, que si le malade adopte la position de Trendelenburg.

Dans le cas d'ulcère du pylore, on observe le plus fréquemment une sensation de mieux-être après les repas, ce qui amène souvent les malades à faire des repas rapprochés pour calmer leur douleur. Mais cette sensation de bien-être ne dure pas. Au bout de quelques heures, se produit une crise de douleurs violentes, dont la durée, très variable, se termine le plus souvent par le rejet d'un vomissement acide, alimentaire ou non, et agaçant les dents. Parfois, seules des éructations acides mettent fin à la crise. C'est là le syndrome pylorique ou syndrome des douleurs tardives décrit par Soupault et Hartmann. Cette douleur pylorique est généralement circonscrite à la région xyphoïdienne et presque toujours accompagnée d'une douleur rachidienne, au niveau de la première vertèbre lombaire.

Houdart prétend qu'il est impossible de distinguer un ulcère du pylore d'un ulcère du duodenum ; il n'y a que

des signes de présomption, mais très incertains. Pour Mathieu, l'ulcère duodéno-pylorique doit être confondu avec l'ulcère pylorique, mais dans l'ulcus vrai du duodenum développé en dehors du territoire fonctionnel du sphincter pylorique, il existerait des manifestations pathognomoniques, tout au moins dans sa forme invétérée.

Parfois, la douleur se réduit à quelques troubles dyspeptiques, mais dans d'autres cas, elle est caractéristique. Très tardives, les crises douloureuses surviennent soit entre 5 et 6 heures, l'après-midi, soit entre minuit et 2 heures, la nuit.

L'« Hunger pain » des Anglo-américains ou sensation douloureuse de faim, n'est que la traduction d'une douleur très tardive. La douleur siège à l'épigastre, surtout à droite de la ligne médiane. Légère au début, simple sensibilité à la pression, malaise avec tiraillements, la douleur devient parfois si intense, qu'elle oblige le malade à se courber en deux. Limitée d'abord à l'épigastre, elle s'irradie ensuite du côté droit vers la région sous-hépatique, l'hypocondre droit, la base du thorax; quelquefois, la douleur s'irradie à gauche; rarement vers les testicules. On n'observe qu'exceptionnellement l'irradiation dorsale, alors qu'elle est presque constante dans l'ulcère pylorique et duodéno-pylorique.

L'appétit est généralement conservé, mais si le malade obéit à la sensation de faim et calme ses douleurs par l'ingestion d'aliments, l'alimentation ramène les douleurs tardives. Aussi le plus souvent, le malade réduit spontanément son alimentation, d'où, suivant les cas, amaigrissement plus ou moins accentué.

La sialorrhée et l'aérophagie accompagnent souvent la crise douloureuse, qui se termine par des éructations acides ou par le rejet de liquide acide.

Dans les ulcères gastriques, pyloriques ou duodénaux, la crise douloureuse s'accompagne, en général, d'un suintement sanguin. Les grandes hémorragies sont plutôt une complication qu'un symptôme ; mais, parfois, elles sont le premier signe de la maladie. Le vomissement de sang se présente différemment suivant les cas. Si dans l'ulcus de l'estomac, la gastrorragie est abondante et si l'hématémèse suit de près l'hémorragie de l'estomac, le sang vomi est rouge et liquide. Si le sang a séjourné dans l'estomac, on a un vomissement noir, marc de café, se présentant sous la forme d'un liquide noirâtre mélangé avec des caillots. Si le sang passe dans l'intestin, on a alors du méléna et les selles sont noires comme du goudron.

Les grandes hémorragies intestinales sont rares, le plus souvent on n'observe que du méléna. Des hématémèses peuvent se produire dans l'ulcère du duodenum.

Mais très souvent, chez les ulcéreux, les hémorragies sont occultes et seul le laboratoire peut les déceler.

Rarement la symptomatologie d'un ulcère est nettement dessinée. Très souvent, l'estomac réagit, participe à la lésion et complique le problème. Soit, en effet, qu'il y ait une sténose permanente ou intermittente (spasmodisque) du pylore dans l'ulcère pylorique ou duodéno-pylorique, soit qu'il y ait une sténose duodénale dans le cas d'ulcère vrai du duodénum ou de la péri-duodénite, soit enfin dans les deux cas qu'il n'y ait qu'un spasme du pylore, on observera de la stase alimentaire, de l'hypersécrétion avec présence de liquide à jeun, dans l'estomac, de la dilatation d'estomac.

La dilatation, l'atonie gastrique, le spasme sont parfois tels, que le malade paraît absorber normalement les liquides prescrits et vomit tous les deux ou trois jours

les aliments ingérés durant ce laps de temps ainsi qu'en fait foi une de nos observations. Dans ce cas la douleur cesse d'être le symptôme prédominant.

Le vomissement, symptôme très fréquent de l'ulcus stomacal, peut se produire aussi dans l'ulcus duodénal et ne donne pas d'indication très nette sur le siège de la lésion.

Il y a presque toujours, chez les ulcéreux, hyperchlorhydrie et hypersécrétion, c'est même un signe presque absolu de diagnostic d'ulcère.

Certains sujets rendent, soit le matin, soit dans la journée, des vomissements pituiteux plus ou moins teintés par la bile, et les vomissements alimentaires ou non, terminant la crise douloureuse se rencontrent très souvent.

Troubles dyspeptiques et douleurs, premiers symptômes de l'ulcère, puis vomissements alimentaires ou non, avec ou sans hématemèses et méléna, tels sont les symptômes habituels que nous présentent les ulcéreux.

Cependant il arrive parfois que la lésion évolue à l'état latent, sans troubles apparents, ou avec quelques troubles dyspeptiques paraissant insignifiants et que brusquement elle se révèle au clinicien par une complication grave que rien ne pouvait faire prévoir étant donnée la santé apparente du sujet.

Le foie est souvent sensible, soit par retentissement de l'état du tube digestif soit par suite d'adhérences pyloro-hépatiques.

Dieulafoy a signalé un symptôme qui, d'après lui, serait constant : une migraine violente chez tous les ulcéreux. Cette céphalalgie, dit-il, serait « satellite de l'ulcère et non du cancer ».

Il est très difficile de tracer avec quelque précision l'évolution normale d'une maladie qui parfois ne se manifeste que par des complications.

On ignore souvent, dans les cas qui guérissent, quels ont été le début et les manifestations cliniques de la lésion. Cependant on peut dire qu'au début la conservation de l'état général est fréquente, s'expliquant par l'absence de vomissement et la conservation de l'appétit.

Les crises douloureuses sont le plus souvent intermittentes dans les premiers stades de la maladie et, les périodes d'amélioration étant d'assez longue durée, le malade peut s'alimenter et reprendre du poids.

Mais les crises, quoique d'abord irrégulières, iraient en augmentant de fréquence, jusqu'à devenir quotidiennes et pluri quotidiennes. En général, la crise la plus habituelle est celle qui suit le repas de midi. D'abord passagèrement calmées par l'ingestion d'aliments elles arrivent à s'exagérer sous l'influence de l'alimentation. C'est alors que les malades maigrissent par réduction progressive de leur alimentation. Et cet état physique à sa répercussion sur l'état moral, provoquant chez ces malades, le découragement et souvent la neurasthénie.

Nous ne parlerons pas de la durée de la maladie qui est des plus variable.

La guérison spontanée serait possible par cicatrisation. La cicatrisation peut, dépassant son but, provoquer une sténose.

Nous avons parlé, plus haut, des complications qui sont dans certains cas le premier symptôme de l'ulcère.

Toutefois lorsque le diagnostic d'ulcère a été posé, ses complications sont toujours à craindre et doivent être prévues.

Voyons quelles sont ces complications.

Nous pourrions les diviser en trois catégories :

Les complications aiguës, subaiguës et chroniques.

Les complications aiguës sont l'hémorragie abondante se manifestant soit sous la forme d'hématémèse, soit par l'anus, le malade rendant une grande quantité de sang noirâtre. Ces hémorragies toujours très graves peuvent être foudroyantes.

Vient ensuite la perforation suivie de péritonite localisée ou généralisée.

Les complications subaiguës sont l'abcès sous phrénique suite de perforation non diagnostiquée, et les fistules.

Enfin les complications chroniques sont la pancréatite, les sténoses pylorique, sous-pylorique, duodénale, sus-watérienne ou sous-watérienne, suivant le siège de l'ulcère.

Il faut enfin signaler la transformation néoplasique. En raison des relations connues du cancer du larynx, de la langue, de la bouche, etc., avec la syphilis, n'y a-t-il pas lieu de penser que l'ulcéro-cancer de l'estomac est aussi d'origine syphilitique ?

CONSIDÉRATIONS DIAGNOSTIQUES ET PRONOSTIQUES

Les tentatives de localisation, que nous avons étudiées avec les symptômes des ulcères, ne correspondent pas dans de très nombreux cas à la réalité objective. D'une part, de ce que la douleur fait défaut, si l'on a d'autres signes d'ulcères, on ne doit pas conclure à l'inexistence de l'ulcère. Et, d'autre part, il faut tenir compte de la péri-gastrique, de la péri-duodénite et des adhérences parfois multiples pour un seul ulcère, qui détermineront des douleurs dans un organe ou un tissu para-gastrique. Enfin un ulcère, même distant du pylore, peut provoquer un spasme douloureux du pylore. Mais un fait capital montrant le peu de valeur des essais topographiques basés sur le siège et l'heure de la douleur vient tout simplifier : 80 0/0 des ulcères sont pyloriques ou juxta-pyloriques, probablement à cause du séjour prolongé des aliments dans cette région et du travail fourni par la région sphinctérienne.

Du reste, pour le clinicien, le principal est de savoir s'il y a une lésion ulcéreuse. La question du siège est d'une importance secondaire.

Avec quelles autres affections est-on exposé à faire une confusion ?

On risquera parfois de confondre l'ulcère avec la dys-

pepsie douloureuse. L'ulcus latent ne présente quelquefois pendant longtemps d'autre symptôme que la gastralgie.

S'il y a atonie ou plose gastrique, on pourra avoir du liquide à jeun. Mais ici les douleurs tardives calmées par l'ingestion d'aliments sont moins nettes et souvent il y a hypochlorydrie, jamais d'hémorragies, même latentes.

Les hystériques pourront présenter les symptômes de l'ulcus avec, en moins, les hémorragies. Les stigmates de l'hystérie et l'action de la suggestion feront faire le diagnostic d'hystérie gastrique. Toutefois, s'il survenait des hémorragies, en dehors de toute supercherie possible, il faudrait redouter l'existence de l'ulcus vrai.

La gastrite ulcéreuse, les érosions hémorragiques et l'exulcération simplex de Dieulafoy n'étant en somme qu'une phase de l'ulcère, il n'y a pas d'intérêt à en faire le diagnostic différentiel.

La disparition de l'appétit, le dégoût électif de la viande, la tendance plus grande et plus rapide à la cachexie, l'amaigrissement progressif et continu, la constance des hémorragies, l'intensité des douleurs qui deviennent permanentes, peu influencées par la pression enfin l'apparition d'une tumeur dans la région épigastrique conduiront au diagnostic du cancer ou de l'ulcéro-cancer, mais souvent, sauf à une phase avancée de la maladie, après de longues hésitations. Chez les cancéreux, au début, le signe de Rommelaere ou hypo-azoturie facilitera le diagnostic. La « phlegmatia alba dolens » et l'adenopathie sus claviculaire sont des signes certains en faveur du cancer lorsqu'ils sont présents. Dans le cas de cancer on note le plus souvent de l'hypochlorhydrie ou même de l'anachlorhydrie.

L'urémie gastrique simule l'ulcus, mais les vomisse-

ments, rarement acides, contiennent de l'urée et du carbonate d'ammoniaque; le malade est généralement albuminurique et présente toujours des accidents de brightisme.

La colique hépatique avec ses douleurs violentes de même siège que dans le syndrome pylorique peut simuler l'ulcère. Mais dans ce cas les douleurs sont indépendantes des heures des repas, la crise est souvent accompagnée de jaunisse et d'urines ictériques. Le signe de Murphy et le signe de B. Abrahams aideront au diagnostic. Le vomissement bilieux n'est pas un signe différentiel, car il peut se retrouver dans les ulcères gastro-duodénaux.

Les crises gastriques du tabes simulent également, dans de nombreux cas, par leur intensité et leur siège, les douleurs de l'ulcus; d'autant plus que souvent les crises douloureuses du tabes s'accompagnent de vomissements hyperchlorydriques et sanguinolents. Dans le cas de crises tabétiques on trouve toujours quelques stigmates du tabes. Mais si l'on considère, comme nous le pensons, que tout ulcère gastro-duodénal, ne relevant ni de la tuberculose, ni de l'urémie, ni d'aucune cause démontrée, et n'étant pas une manifestation hystérique, est imputable à la syphilis, n'est-il pas permis de penser que beaucoup de cas, étiquetés crises gastriques du tabes, ne sont en réalité que des ulcères syphilitiques pouvant se produire chez des tabétiques?

Il est important de se souvenir que la méningo-myélite ou la névralgie radiculaire, associée ou non au mal de Pott, peut déterminer des douleurs en ceinture à exacerbation épigastrique susceptibles d'en imposer pour des phénomènes d'ulcères.

Le diagnostic de l'entéro-colite transverse se fera par l'examen macroscopique des selles.

Toutes les fois qu'il sera possible, la clinique devra se faire aider du laboratoire par le repas d'épreuve, le chimisme gastrique, la réaction de sang et la recherche du sang dans les vomissements et les selles. La radioscopie devra aussi être mise à contribution chaque fois qu'on pourra y avoir recours. Malheureusement elle laisse souvent passer inaperçues les lésions, quand celles-ci ne sont ni profondes ni étendues. Dans l'ulcère duodénopylorique on voit souvent à l'écran une véritable éjaculation spasmodique de l'estomac.

Nous ne parlerons pas du diagnostic des complications qui n'entrent pas dans le cadre de ce travail.

Quel sera le pronostic de l'ulcère ? Dieulafoy disait qu'il était toujours grave, même dans les cas d'apparence bénigne : il est grave à cause de ses complications, parce qu'il est rebelle au traitement et sujet aux récidives. Cette gravité ne serait-elle pas due au fait que la nature de l'ulcère est trop souvent méconnue et que l'on fait uniquement un traitement symptomatique là où il faudrait un traitement étiologique ?

Nous basant sur les observations que nous publions et sur les observations déjà parues dans la littérature médicale et considérant que le plus souvent la syphilis est en cause dans les ulcères gastro-duodénaux, nous disons plutôt avec Mathieu, Bensaude et Rivet que si l'origine syphilitique de l'ulcère est méconnue et la maladie en quelque sorte abandonnée à elle-même, elle conduira le malade à la cachexie ou aux diverses complications. Mais au contraire si cette origine est reconnue et la maladie bien traitée, son pronostic se transforme et il n'est pas d'affection qui puisse donner de plus brillants succès thérapeutiques.

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES

Si l'on songe aux piètres résultats obtenus en général dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux, il nous semble que l'on est autorisé à penser que ces échecs thérapeutiques sont dus au fait que le plus souvent on oublie de faire un traitement étiologique, pour s'en tenir au traitement symptomatique. Lorsque l'on se trouve en présence d'un ulcère d'origine nettement tuberculeuse, tout praticien, ayant posé le diagnostic, s'empressera d'ajouter au traitement symptomatique, un traitement dirigé contre la tuberculose, dont nous ne connaissons malheureusement pas encore le remède spécifique. Donc, si nous admettons, ce qui paraît plausible, que tout ulcère qui ne fait pas sa preuve est syphilitique et, si nous le traitons en conséquence, d'une part le pronostic, ainsi que nous venons de le voir, sera beaucoup plus favorable et d'autre part, le traitement ne sera pas le même.

Devrons-nous rejeter absolument l'ancien traitement classique symptomatique ? Nous devrons l'utiliser, mais en lui adjoignant la médication spécifique.

Pour l'ulcère gastrique, nous utiliserons donc la mise au repos plus ou moins absolu de l'estomac, la régularité des repas, l'emploi des alcalins, du sous-nitrate de bismuth, auquel, en raison de son prix élevé, on a tenté de substituer les poudres de talc et de kaolin. L'atropine

peut être employée pour combattre l'hypersecrétion. On ordonnera en même temps au malade le repos général. Mais surtout on instituera un traitement spécifique.

Comment procéderons-nous pour prescrire ce traitement spécifique ? Il est à noter que l'estomac syphilitique supporte admirablement le traitement mercurel et ioduré par voie buccale.

Si nous nous trouvons en présence d'un syphilitique avéré, nous pourrions, en atténuant les rigueurs du traitement classique de l'ulcus, le mettre en œuvre pendant quelques jours et nous y ajouterons un traitement par piqûre (mercure ou novarsénobenzol) et un traitement par voie buccale ; c'est à la liqueur de Donovan que nous donnerons la préférence. Celle-ci est composée de :

Triiodure d'arsenic	0,20.
Biiodure de mercure	0,40.
Iodure de potassium	4 gr.
et eau distillée q. s. p.	125 gr.

Nous l'emploierons à la dose moyenne de LX gouttes par jour, en deux ou trois fois, au moment des repas.

Cette façon d'agir nous présente un double avantage. Nous ajoutons l'action de la liqueur de Donovan à l'action du traitement spécifique par piqûres, et d'autre part, elle constitue un véritable pansement au niveau de l'ulcère, comme la liqueur de Van Swieten est fréquemment employée pour le pansement des plaies cutanées syphilitiques.

Mais si, le diagnostic de l'ulcère étant posé, nous ne trouvons aucune cause à cet ulcus ; si, d'autre part, la syphilis n'a pu être démontrée, ou si, par suite de circonstances que nous n'avons pas envisagées en détail ici, nous ne pouvons ou ne voulons pas instituer un traitement par piqûres, c'est encore à la liqueur de Donovan

que nous aurons recours. Elle nous servira, dans ce cas, de véritable traitement d'épreuve. Nous pouvons dire que le plus souvent, sinon toujours, nous l'emploierons avec succès. Et la syphilis ayant été ainsi dépistée, nous pourrons alors, en toute conscience, ordonner un traitement spécifique intensif, si nous le jugeons nécessaire.

Nous avons vu la difficulté qu'il y avait, en général, à faire la différence entre un ulcère duodénal et un ulcère d'estomac et à asseoir le diagnostic du siège de l'ulcus. Si le diagnostic d'ulcère duodénal a été posé d'une façon certaine, soit par l'examen clinique seul, soit avec l'aide du laboratoire et de la radioscopie, allons nous livrer notre malade au chirurgien et le faire opérer ? Ou la preuve de la syphilis est faite ou elle ne l'est pas ; est-elle faite ? La réponse est simple : traitement antisiphilitique. La preuve n'est pas faite ? Recourir à notre traitement d'épreuve, c'est-à-dire à la liqueur de Donovan et dans ce cas encore, nous verrons le plus souvent le succès couronner notre attente.

Nous ne parlerons pas du traitement des complications, qui, bien entendu, à l'exception toutefois de l'hémorragie, demeure du domaine exclusif de la chirurgie. Mais ici encore n'est-il pas permis de supposer qu'un traitement spécifique contemporain de l'intervention empêcherait la production des trop fréquentes récidives ?

CONCLUSIONS

Des observations que nous avons citées et des observations antérieurement publiées nous avons cru pouvoir tirer un ensemble de conclusions.

I. Tout ulcère gastro-duodénal qui ne fait pas sa preuve est d'origine syphilitique.

II. La liqueur de Donovan s'offre à nous comme un médicament facile à employer et souvent comme traitement d'épreuve.

III. Le pronostic de l'ulcère considéré comme étant le plus souvent d'origine syphilitique est très amélioré et le succès thérapeutique à peu près certain.

BIBLIOGRAPHIE

VIRET. — Les maladies de l'estomac.

SOUPAULT. — Traité de médecine.

LOEPER. — Leçons de pathologie digestive.

MATHIEU et TUFFIER. — Traité médico-chirurgical des maladies de l'estomac et de l'œsophage.

PRON. — Les maladies de l'estomac.

GAUDY. — La névrose hémorragique des toxémies et l'ulcère simple. (Thèse de Paris, 1899).

LINOSSIER. — Archives générales de médecine, mai 1900, janvier 1902.

DIEULAFOY. — Archives générales de la médecine, 23 janvier 1906.

— Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu, 1896-1898.

MENIER. — Archives générales de la médecine, 1906.

MATHIEU. — *Gazette des hôpitaux*, n° 41, avril 1914.

MARIANO R. CASTEX. — *Sifilis hereditaria tardia*, 1920.

MOYNIHAN. — Duodenal ulcer, 1910.

ANTOINE. — *Gazette des hôpitaux* n° 23, mars 1921.

RINUY. — Concours médical n° 14, avril 1921.

HARTMANN. — Archives générales de la médecine, mai-juin 1900.

MATHIEU et J.-Ch. ROUX. — Archives générales de médecine, janvier 1902.

VIRET. — Leçons de clinique médicale.

BENSAUDE et RIVET. — La médecine pratique, mars 1921.

MATHIEU. — *Gazette des hopitaux*, n^{os} 29, 36, 41. 1914.

HAYEM. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 18 février 1919 et 13 avril 1920.

GAILLARD et MENDELSON. — Société médicale des hôpitaux, 20 mai 1919.

PRON. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 20 mai 1919.

HUTINEL. — Traité des maladies des enfants.

DURRIEU et PARTURIER. — Société médicale des hôpitaux, 14 novembre 1919.

RAMON. — Société médicale des hopitaux, 7 février 1919.

— Les Dyspepsies.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :
Ulcères Gastro-Duodénaux et Syphilis,
par Georges MAZEL.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 4 juillet 1921.

Le Professeur,
VIRES.

Vu :

Montpellier, le 4 juillet 1921.

Le Doyen,

E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 5 juillet 1921.

Le Recteur,

Jules COULET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
